

Éthique (1)

Ethics (1)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP138

Un taux élevé de mortalité au SAU de l'hôpital Ibn-Sina de Rabat : pourquoi ?

N. Damghi

Service des urgences, hôpital Ibn-Sina de Rabat, Rabat, Maroc

Introduction : Connaître les aspects épidémiologiques des décès survenus au service d'accueil des urgences (SAU) et déterminer les facteurs intervenant dans l'évitabilité de ces décès.

Patients et méthodes : Étude monocentrique étalée sur l'année 2008 incluant tout patient ayant décédé pendant son séjour au SAU. Ont été exclues toutes les arrivées décédées. Les données épidémiologiques et les modalités de prise en charge thérapeutique étaient recueillies à partir du dossier clinique, l'évitabilité de la mortalité était analysée par deux médecins seniors et l'interne de garde.

Résultats : Quatre cent cinquante et un décédés d'âge moyen de 52 ± 15 ans (257 hommes et 193 femmes) ont été inclus, le taux de mortalité était de 0,68 % (66 384 passages au SAU). La durée moyenne du séjour était de 32 ± 12 heures. Le GCS moyen à l'admission était de 11 ± 4 , l'Acute Physiology Age and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) de $21,6 \pm 6$ et l'IGS II de 32 ± 11 . La cause du décès était médicale dans 63,3 % des cas (26,6 % choc septique, 25,3 % choc cardiogénique, 11,4 % accident vasculaire cérébral), les décès suite à un polytraumatisme constituaient 8,9 %. La cause du décès était méconnue dans 27,8 %. Uniquement 30 % des décédés étaient pris en charge par le réanimateur. La décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives était prise dans 34,2 % des cas. Cette décision dépendait de l'âge des patients ($p = 0,004$). L'analyse multivariée a permis de déterminer trois facteurs intervenant dans l'évitabilité des décès : l'âge ($p = 0,008$), l'intervention du réanimateur ($p = 0,02$) et le délai du séjour au SAU ($p < 0,001$).

Conclusion : La réduction du taux de mortalité dans notre série dépend essentiellement de l'âge des consultants, leur délai de séjour et l'implication du senior dans leur prise en charge thérapeutique.

SP139

Non-admission en réanimation, causes et conséquences : Expérience d'un service de réanimation tunisien

S. Ayed, H. Ben Sik Ali, S. Ayed, R. Atig, N. Tilouch, M. Fekih Hassen, S. Elatrous

Service de réanimation médicale, EPS Taher Sfar Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : La décision d'hospitaliser un patient en réanimation est souvent très délicate, car elle intervient dans la majorité des cas dans un contexte d'urgence, et un refus peut constituer une perte de chance importante. L'objectif de cette étude est de préciser les causes

de décision de non-admission en réanimation et ses conséquences sur le devenir des patients à 48 heures du refus.

Patients et méthodes : C'est une étude prospective étalée sur six mois (1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010) et réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU de Mahdia : tous les patients non admis en réanimation sont inclus dans cette étude. Les paramètres recueillis sont les caractéristiques démographiques, les antécédents respiratoires, cardiovasculaires, néoplasiques et neurologiques (démence), l'autonomie du patient, l'état de santé antérieur, les maladies sous-jacentes, la provenance (intra- ou extrahôpital), les motifs de la demande d'admission, la durée de l'intervention, la cause de non-admission, le nombre total des interventions et leur qualité et le devenir du patient après 48 heures.

Résultats : Durant la période de l'étude, 172 patients d'âge moyen de 61 ± 22 ans et à prédominance féminine (53 %) ont été inclus. Quarante-deux pour cent des patients sont complètement autonomes, et 15 % sont grabataires. La présence d'une maladie fatale à un an est de 8 %. Un antécédent d'insuffisance respiratoire chronique est retrouvé dans 14 % des cas. Les causes majeures d'appel sont les insuffisances respiratoires aiguës (41 %), les états de choc (13 %) et les arrêts cardiaques (11 %). La durée d'examen avant le refus est entre 5 et 30 minutes dans 61 % des cas. Un sénior a refusé l'hospitalisation dans 44 % des cas. Les causes de refus sont : le manque de place (23 %), l'absence de gravité (42 %), la gravité excessive (7 %) et la présence soit d'un état démentiel, soit d'un cancer évolutif, soit d'un âge avancé (9 %). Concernant le devenir des patients, 14 % sont décédés à l'hôpital, et 6 % sont confiés à ses parents.

Conclusion : Le manque de place en réanimation reste une cause importante de non-admission en réanimation. Une décision de limitation des soins est prise dans la majorité des cas par un médecin réanimateur sénior. Un patient sur six décède dans les 48 heures qui suivent le refus d'admission en réanimation.

SP140

Refus des malades en réanimation : enquête auprès de médecins réanimateurs marocains

H. Ezzouine, B. Charra, A. Benslama, S. Motaouakkil

Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La demande d'admission en réanimation est en recrudescence. La pénurie de moyens techniques et structurels oblige certains réanimateurs à refuser certains types d'admission. L'objectif de ce travail est d'évaluer le processus d'admission des malades en réanimation dans nos hôpitaux et l'avis des médecins réanimateurs sur le triage et le refus des malades dans ce service, les facteurs décisifs à travers un sondage auprès de médecins réanimateurs marocains.

Matériels et méthodes : Cent médecins réanimateurs, exerçant dans les hôpitaux marocains publics et privés, sont interrogés. La méthodologie étant un questionnaire anonyme composé de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées.

Résultats : Cent médecins sont interrogés. La durée moyenne d'exercice en réanimation est de 6,11 ans. Soixante-neuf pour cent des médecins interrogés pratiquent dans un centre hospitalier universitaire (CHU). Cinquante-six pour cent pratiquent dans une réanimation polyvalente. Quarante pour cent affirment l'existence d'une réflexion quant à l'admission des malades dans les services où ils exercent, la prise de la décision d'admission ou de refus d'un patient par un seul médecin (5 %). Cinquante-deux pour cent approuvent l'adoption d'une politique de triage des malades. Les critères de triage cités sont : le degré de gravité de la pathologie, l'âge du patient, le pronostic de la maladie. Quatre-vingt-cinq pour cent des médecins interrogés approuvent l'ouverture de cette discussion, dont 64,7 % la trouvent urgente.

Conclusion : Le refus d'admission en réanimation est peu étudié dans notre pays. La discussion d'une politique d'admission commune en réanimation est primordiale pour une meilleure gestion des soins.

SP141

La demande d'avis d'un réanimateur dans un hôpital universitaire est-elle toujours justifiée ?

S. Ayed, H. Ben Sik Ali, R. Atig, N. Tilouch, S. Ayed, M. Fekih Hassen, S. Elatrous

Service de réanimation médicale, Eps Taher Sfar Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : Les services de réanimation ont un nombre de lits et des ressources limitées, nécessitant des prises de décision d'admission ou de non-admission systématiquement pesées. Le réanimateur doit s'absenter du service de réanimation pour une durée variable afin de donner son avis. Cela peut avoir de lourdes conséquences sur les patients hospitalisés en réanimation. L'objectif de notre étude est de déterminer si les demandes d'avis du réanimateur dans un hôpital universitaire sont toujours justifiées.

Matériels et méthodes : C'est une étude prospective réalisée à l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia menée du 1^{er} janvier au 30 juin 2010. Tous les appels pour avis de réanimation sont recensés. Les paramètres recueillis sont : l'âge, le sexe, le jour de l'avis demandé (férié ou jour ouvrable), la provenance de l'appel (intra- ou extrahospitalier), le motif de l'appel, le changement de diagnostic ou de traitement après l'avis, la décision ou non d'admission, les causes de non-admission, la durée de l'avis, le nombre et la qualité des intervenants et le devenir des patients à 48 heures de l'avis.

Résultats : Durant la période de l'étude, 309 demandes d'avis ont été répertoriées. La demande d'avis a intéressé des patients d'âge moyen de 60 ± 21 ans, à prédominance féminine (51 %). Les motifs d'appel sont représentés essentiellement par les insuffisances respiratoires aiguës (47 %), un état de choc (12 %), un coma (8 %) ou un arrêt cardiaque (7 %). Les services demandeurs sont intrahospitaliers dans 95 % des cas : les urgences dans 69 % des cas. Au moins, un médecin a participé à l'avis dans 68 % des cas. La durée de l'avis est inférieure à 30 min dans 87 % des cas. Un changement du diagnostic au décours de l'avis a eu lieu dans

21 % des cas, et l'instauration d'un autre traitement dans 47 % des cas. La non-admission des patients a intéressé 56 % des demandes. Les causes de non-admission sont représentées par l'absence de gravité excessive dans 24 % des cas et par une limitation des soins dans 7 % des cas.

Conclusion : La demande d'avis d'un réanimateur est fréquente (deux avis/jour), elle nécessite plusieurs intervenants (68 %). Un quart des demandes ne sont pas justifiées.

SP142

Les pratiques de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) : comparaison d'une réanimation médicale et d'une réanimation chirurgicale d'un même hôpital tunisien

I. Ouanes¹, N. Stambouli², F. Dachraoui¹, F. Ben Salem², S. Toumi², M. Gahbiche², L. Ouanes-Besbes¹, F. Abroug¹

¹Service de réanimation polyvalente, hôpital Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

²Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction : Les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation sont devenues courantes dans les services de réanimation occidentaux. Peu d'information existe concernant la Tunisie qui a des spécificités culturelles et un environnement juridique particuliers. De plus, la pratique de ces décisions pourrait être différente entre les services de réanimation médicale et chirurgicale en raison essentiellement d'une population et d'un environnement professionnel différent. L'objectif de cette étude est de comparer la fréquence et les modalités des pratiques des LATA entre deux services de réanimation (médicale et chirurgicale) d'un même hôpital tunisien.

Patients et méthodes : Sur les deux dernières années, une cohorte de 326 patients consécutifs décédés dans les deux services ont été inclus. L'étude est de type rétrospectif avec recueil prospectif des informations.

Résultats : Au cours de la période d'étude, la mortalité était de 28,4 % dans la réanimation médicale et 12 % dans la réanimation chirurgicale. En analyse globale, une décision de LATA a été prise chez 101 patients (30,9 %) : la limitation était plus fréquente que l'arrêt thérapeutique (22 et 8,9 %, respectivement). La fréquence globale des décisions ne diffère pas entre les deux unités (29,2 versus 33,9 % respectivement en réanimation médicale et chirurgicale ; $p = 0,390$). Dans dix des 29 situations d'arrêt thérapeutique, les patients sont sortis in extremis pour aller mourir au domicile en exécution d'un souhait exprimé de leur vivant et transmis par la famille. Cette pratique était l'apanage du service de réanimation médicale. En comparaison avec les patients décédés avec un engagement thérapeutique maximum, la décision de LATA était indépendamment liée avec le score de McCabe (OR = 2,41 ; $p = 0,003$) et l'autonomie (OR = 0,32 ; $p = 0,002$).

Conclusion : La décision de LATA est prise avec la même fréquence en réanimation médicale et chirurgicale (31 % des décès). La limitation des soins est plus fréquente que l'arrêt des traitements. La sortie in extremis est une pratique exclusive de la réanimation médicale. Les décisions de LATA semblent être conditionnées par les comorbidités et l'autonomie.